INFECTIONS CUTANEES BACTERIENNES

Dr Bensalah

Pr Djeridane

Introduction

La peau normale est colonisée par une **flore bactérienne** qui occupe les **couches superficielles** de l'epiderme et les annexes pilaires.

Le portage bactérien est plus marqué dans certaines régions cutanées(plis, périnée, mains) ou muqueuses (fosses nasales).

La flore cutanée normale

La flore résidente ou permanente :

les cocci gram+: Staphylococcus épidermidis, +ou-aureus
Streptocoques

Des bacilles gram+ : Corynébacteries

Des bacteries gram- : Cocci (Neisséria)
Bacilles(Acinétobacter, protéus….).

La flore transitoire ou contaminante

Elle résulte d'une contamination externe ou de contigüité à partir d'un portage muqueux.

Le staphylocoque doré est le contaminant le plus fréquent.

Impétigo



I-Définition

- **Infection cutanée superficielle, non folliculaire due à :**

Streptocoque β hémolytique du groupe A

et / ou Staphylocoque dorée (70%)

Epidémiologie :

- C’est la plus fréquente des infections cutanées de l’enfant +++

- Très contagieuse +++

  Epidémies familiales

  Epidémies collectivités

II- Epidémiologie :

- **Mode de transmission :**

Contact direct avec une lésion cutané

Auto inoculation

II- Epidémiologie :

- **Facteurs favorisants :**

  Hygiène défectueuse

  Promiscuité

- **Immunité :**

  Non immunisante → récidives fréquentes

III- Aspects cliniques

A- TDD : *impétigo vesiculo-crouteux de l'enfant*

- **LE : Vesiculo-bulle**
  Superficielle S/C
  Ephémère
  Flasque, fragile +++
  Contenu rapidement trouble → pustule
  Rapidement → érosion+ croutes jaunâtres meliceriques adhérentes
  Extension centrifuge
  +/- aréole inflammatoire périphérique

III- Aspects cliniques

A- TDD : *impétigo vesiculo-crouteux de l'enfant*

Groupement lésionnel :

Plusieurs éléments d'âge différent





Impétigo : croûtes mélicériques (aspect de miel)


http://dermis.net





III- Aspects cliniques

Topographie :

Periorificiel (visage) +++

Puis diffusion (auto inoculation)

Cuir chevelu et mains

Zones accessibles au grattage

III- Aspects cliniques

- **SF :**

  prurit modéré, peu symptomatique

- **Signes d'accompagnement :**

  ADP parfois

  SG – (pas de fièvre ++)

  EG : conservé

III- Aspects cliniques

B- Formes cliniques :

I- Impétigo bulleux :

- Nouveau né ++, NRS +++
- Germe→ staph doré +++
- Transmission :
  - infection manu portée
  - Personnel soignant +++
  - Petite épidémie sporadiques (crèches, maternité)

III- Aspects cliniques

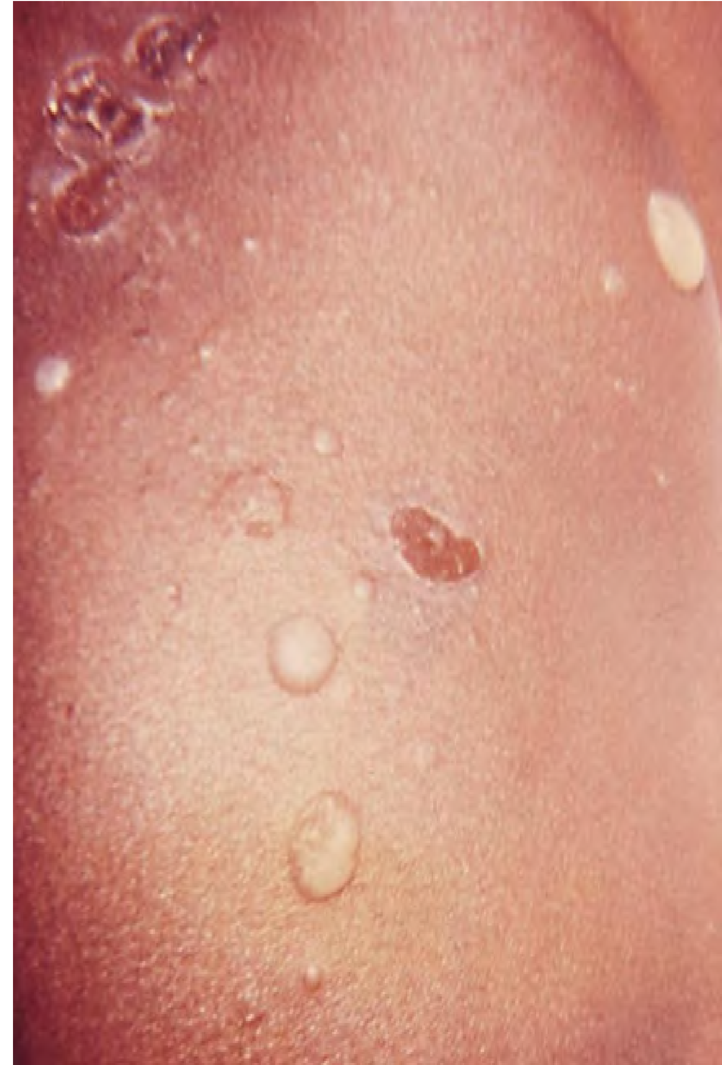
B- Formes cliniques :

1- Impétigo bulleux :

Aspect : bulle grande taille flasque
1 à 3 cm de diamètre
Parfois érythème périphérique
Apres rupture → vastes érosion
- Siege : péri génital, péri anal
- SG :-
- Possible évolution vers le d'epidermolyse staphylococcique SSSS (toxine exfoliative)

Impétigo bulleux





III- Aspects cliniques

2- Ecthyma : F. creusante

- **adulte +++**
- **Germe → *streptocoque pyogène* +++**
  et/ou *staphylocoque aureus*
- **Siege : membres inferieurs**

III- Aspects cliniques

2- Ecthyma : F. creusante

- Terrain : diabète, dénutrition,
  Immunodépression, alcoolique
- Aspect : Ulcération nécrotique, croute noirâtre
- Halo inflammatoire péri lésionnel
- Evolution : cicatrice





- **Ecthyma,**

**(croute noirâtre
Halo inflammatoire péri lésionnel).**

III- Aspects cliniques

3-Impétiginisation :

- Adulte +++
- Dermatose prurigineuse préexistante
- Surinfection par le Staphylocoque +++
- Topographie : Diffuse +++
  Pas de topo periorificielle
- dermatose en cause : gale,
  pédiculose,
  eczéma de contact

IV- diagnostic positif

- **Terrain :**
  - Enfant < 10 ans (âge scolaire)
  - Condition d'hygiènes défavorables

- **Clinique :**
  - - vé siculo-bulle
  - - sur peau inflammatoire
  - - se rompant rapidement → croute mellicerique
  - - siège : péri orificiel

- **Para clinique :**
  - Non justifiée
  - Sauf : doute diagnostic, suspicion d'un SAMR

VI- Evolution complication :

A- Evolution :

Sous traitement :

- **F habituelle de l'enfant → guérison sans cicatrice (qqs jours)**
- **Ecthyma = cicatrice dyschromique**
- **Mais récidives possibles +++**

VI- Evolution complication :

B- Complication :

1- Locales : abcès, pyodermite, lymphangite, ostéomyélite, arthrite septique

2- Générales : septicémie, pneumonie,
GNA (strepto, protéinurie /21j)

3- Sd d'épidermolyse staphylococcique (SSSS) :

- **Evolution gravissime de l'impétigo bulleux**
- **Terrain : NNé, enfant immunodéprimé < 5 ans**
- **Aspect : Décollement bulleux superficiel diffus**
  Touche l'ensemble du tégument
  NRS ébouillanté
- **SG : AEG, Fièvre, déshydration**
- **Evolution → réponse très vite aux ATB**

Épidermolyse staphylococcique (staphylococcal scalded skin syndrome



VII- diagnostic différentiel :

I –Herpes :

- **Vesiculo-pustuleux**
- **Groupés en bouquet**
- **Base érythémateuse**
- **SF : brulure +++**

VII- diagnostic différentiel :

2- Eczéma atopique :

- **Siège : visage + plis de flexion**
- **Sécheresse cutanée**
- **Prurit**



Herpès récurrent périoculaire



Herpès récurrent digital

Atopic dermatitis: infantile Puffy face, confluent erythema, papules, microvesiculation, scaling,
and crusting

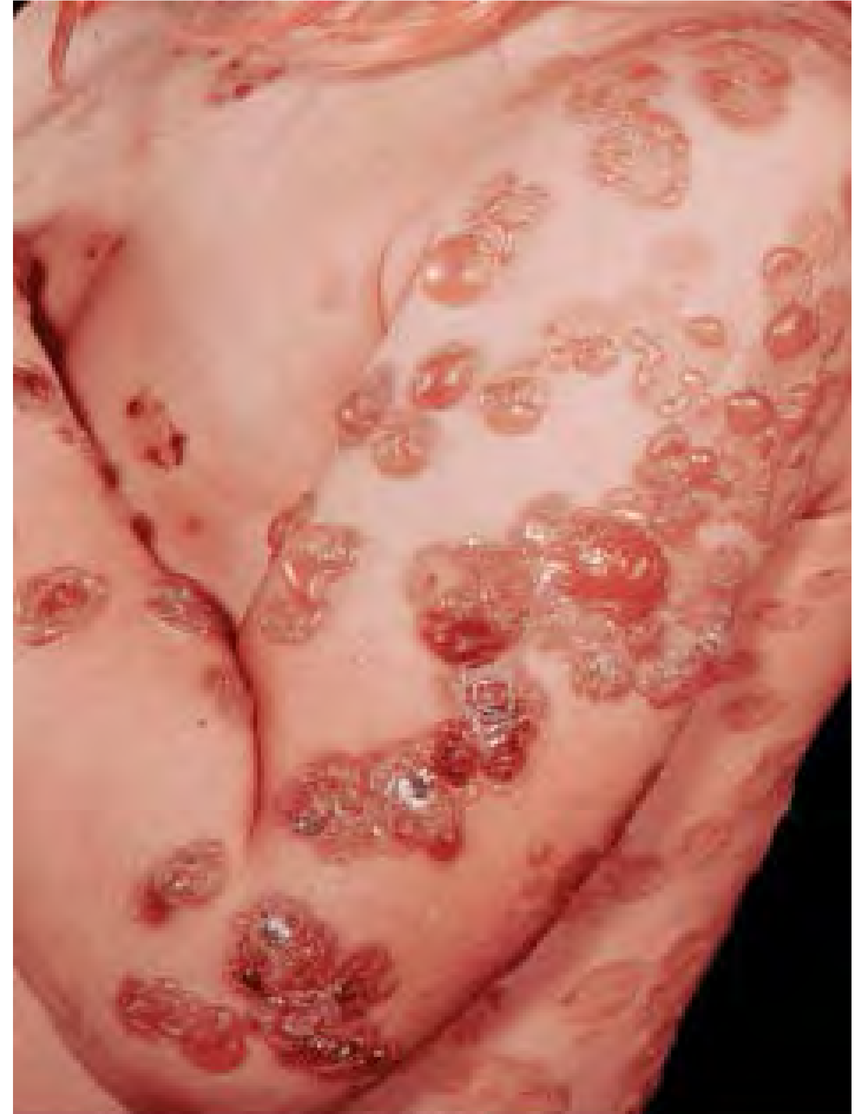


VII- diagnostic différentiel :

3- Dermatose à IgA lineaire :

- **Maladie bulleuse de l'enfant**
- **Début environ 5 ans**
- **Bulles : tendues, grande taille, contenu clair**
- **Siege : cuisses, fesses ; périnée**
- **IFD : dépôt IgA linéaire sur la membrane basale**

Linear IgA dermatosis (chronic, bullous disease of childhood)



Furoncles

DEFINITION-GENERALITES

C'est une **infection profonde du follicule pilo-sébacé** par staphylocoque doré, secondairement suppurée avec **nécrose** et élimination du follicule pileux (bourbillon).



DEFINITION-GENERALITES

Elle est favorisée par le **portage manuel** à partir des **gîtes staphylococciques**, plus fréquents en cas de : diabète,
d'immunosuppression,
d'atopie,
de carence martiale.

Le **manque d'hygiène**, **l'obésité**, **l'occlusion et la friction mécanique** favorisent la survenue des furoncles.

Clinique

FURONCLE

L'inflammation centrée sur un follicule pilo-sébacé donne initialement une **induration chaude** et **douloureuse** qui évolue en quelques jours vers la **suppuration et la nécrose.**

C'est alors le **bourbillon jaune** qui s'élimine, laissant un **cratère rouge**. Unique ou multiple, le furoncle prédomine au dos, épaules, cuisses ou fesses (rôle du frottement).

Il est impératif d'éviter l'irritation ou la manipulation en raison du risque de dissémination de l'infection.

Furoncles





ANTHRAX

C'est un **aggloméré**at de furoncles, réalisant **un placard inflammatoire hyperalgique** parsemé de pustules.

Il peut s'accompagner de fièvre et d'adénopathies régionales.

Son siège électif est le **cou** ou le **haut du dos**.



FURONCULOSE

- C'est la **répétition** d'épisodes de furoncles, avec **passage à la chronicité** sur des périodes de plusieurs mois.
- Elle doit faire rechercher un facteur favorisant et un (des)foyer(s)staphylococcique(s)(narinaire surtout mais aussi rétroauriculaire, interfessier et sur les cicatrices d'anciens furoncles).





LE DIAGNOSTIC POSITIF

- Il est avant tout **clinique.++++**

- La mise en évidence de staphylocoque doré est moins importante dans le furoncle (pour écarter d'autres germes) que dans les gîtes pour convaincre le patient de **l'importance de traiter ces gîtes en cas de furonculose.**

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Folliculites superficielles:

Folliculites superficielles avec des **papulo-pustules** centrées par un poil (prenant le nom de **sycosis pour l'atteinte de la barbe**).

Il s'agit le plus souvent d'infection à staphylocoque doré mais d'autres organismes peuvent être en cause (levures)



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Folliculites à BGN : en général dues au pseudomonas suite à des bains dans des piscines contaminées



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Hidrosadénite: C'est une infection des glandes sudorales axillaires ou génitopubiennes



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Acné : La confusion est fréquente, bien que l'acné se distingue des furoncles par son polymorphisme lésionnel : comédons,

kystes,

papulo-pustules.



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Pustuloses amicrobiennes :

pustules planes non folliculaires à contenu blanc laiteux,

stériles à l'examen bactériologique exp : psoriasis pustuleux

Evolution

Le passage à la chronicité (ou *furonculose chronique*) est la complication la plus fréquente.

Les septicémies et autres complications viscérales à staphylocoque doré restent très rares.

Evolution

***La staphylococcie maligne* de la face** avec thrombophlébite du sinus caverneux est exceptionnelle.

Elle est redoutée en présence d'un furoncle centro-facial manipulé devenant hyperalgique avec un syndrome infectieux marqué et un oedème centro-facial important

Traitement

FURONCLE ISOLE

- protection par un pansement, antiseptiques et/ ou antibiotiques locaux ;
- pas d'incision.

Traitement

LOCALISATION A RISQUE (CENTROFACIALE), ANTHRAX OU FURONCLES MULTIPLES

- Antibiothérapie générale pendant 8 à 10 jours (macrolide, pénicilline M, synergistine) en association à des antiseptiques locaux.

Traitement

FURONCULOSE

- hygiène rigoureuse ;
- antibiothérapie per os ;
- traitement local prolongé des gîtes par antiseptiques ou antibiotiques ;
- arrêt de travail en cas de profession comportant un risque de contamination alimentaire ;
- prélèvement et traitement des gîtes pour toute la famille.

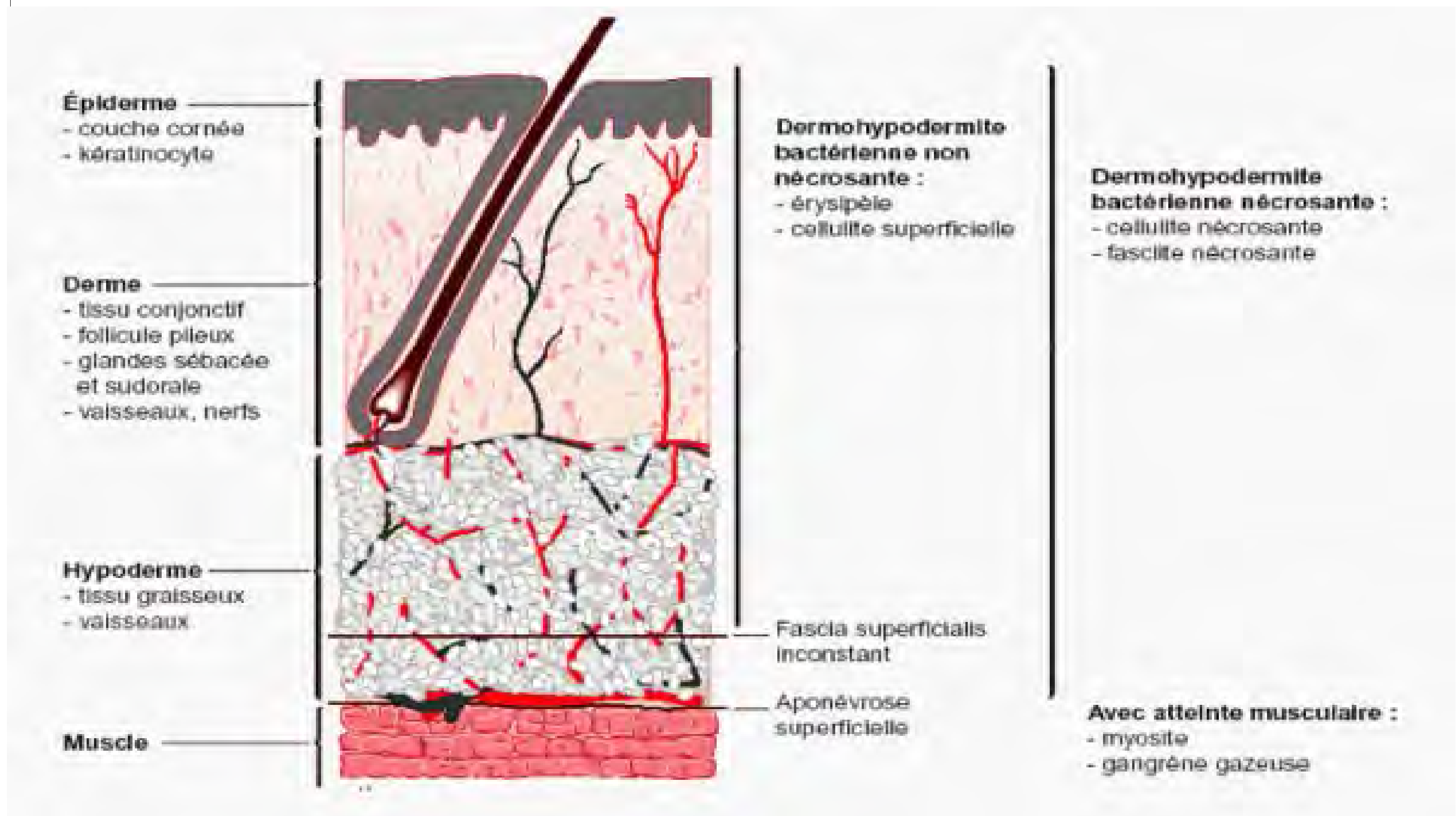
Erysipèle

I- Définition :

L’érysipèle est une **dermohypodermite infectieuse aigue non nécrosante**,

très souvent **d’origine streptococcique**, généralement **bénigne**.

dermohypodermite infectieuse



II- Épidémiologie :

- Age : **60 ans en moyenne** (adulte > 40 ans ++)
- Rare chez l'enfant
- Sexe : **sexe ratio = 1**
- Incidence : augmente de façon sporadique

I Physiopathologie :

A- Germes en cause :

- **Streptocoque β hémolytique du groupe A ++++++** (rarement B, G ou C)

- **Staphylocoque doré ++**

B- Portes d’entrée cutanées :

Toute effraction cutanée :

- Membres inferieures : IIO, plaies, ulcères veineux

- Visage : lésions excoriées nez ou oreille

C- Facteurs favorisants :

- Insuffisance veineuse
- Immunodépression
- Œdème des membres
- Alcoolisme, diabète
- AINS → complications

IV- Clinique :

TDD : érysipèle de jambe

Terrain : **femme**, troubles circulatoires

Incubation : quelques jours

Début : **brutal** : **↑T° (40°C),** malaise général



Phase d'état :

→ Tableau de grosse jambe rouge aigue fébrile

- Placard Inflammatoire:
  Erythemato-oedemateux, chaud
  Bien limité +/- bourrelet

- Peau tendue, fine, luisante

- Douleur : pulsatile, spontanée ou provoquée


http://dermis.net

Phase d'état :

- Parfois : **Bulles** sur le placard
  Lésions purpuriques

- Signes associés : **ADP satellite fréquente**
  Trainées lymphangite +/-

- Porte d'entrée **locorégionale** fréquente



V- Formes cliniques :

A- Formes cliniques symptomatiques :

- Formes **bulleuses**
- Formes **pustuleuses**
- Formes **purpuriques**
- Formes **abcédées** (staphylocoques)



Erysipelas of leg:



Recurrent cellulitis of foot:

Formes clinique :

B- Formes topographiques :

I- Érysipèle de la face :

- Début : **Brutal**, après une plaie
  Douleur locale
  SG ++, ADP

- État : **placard inflammatoire**
- **Caractère œdémateux ++**
- Bourrelet périphérique
- Unilatéral



Formes cliniques :

2- Autres formes topographique :

- Pieds, cuisses
- Membres sup, tronc
- OGE + périnée → gangrène de Fournier

V- Formes cliniques :

C- Formes cliniques évolutives :

Formes subaigües :

- Fièvre et hyperleucocytose modérées ou absentes
- Abâtardies par : anti-inflammatoire
- ATB à l'aveugle ou dose insuffisante

Formes récidivantes :

VI- Diagnostic :

A- Clinique : +++

- Début **brutal**
- Douleur + SG
- **Plaque érythémateuse chaude**
- Rechercher **porte d'entrée**

VI- Diagnostic :

B- Paraclinique : pas systématique

1- Hyperleucocytose + ↑ PNN (> 7000)

2- VS ↑↑

3- ↑ Protéine de l'inflammation (CRP +) > 150mg/l

4- Prélèvement bactériens et hémoculture, rarement rentables

5- ASLO → diagnostic rétrospectif

6- Pas d'echodoppler systématique

VI- Diagnostic :

C- Autres – exception :

Si doute diagnostic ou formes graves

- Prélèvements :

Ponction aspiration profonde des lésions fluctuantes

Biopsie cutanée sur plaque

- Examen :

Culture classique

Technique d'IF → mise en évidence du germe

VII- Diagnostic différentiel

A- Érysipèle de la jambe

1- Thrombophlébite :
- Œdème du mollet
- Douleur profonde, Homans +
- Mollet cyanotique
- Pouls distaux abolis

2- Syndrome des loges :
- Ischémie musculaire
- Conséquence d'une compression par plâtre trop serré

3- Panniculite inflammatoire :
- Nodules hypodermiques
- Placard rougeâtres +/- limités
- ↑ Chaleur locale
- Causes multiples


Thrombophlébite

VII- Diagnostic différentiel

B- Érysipèle de la face

1- SMF :

- Placard mediofacial
- Infiltré, douloureux
- Sans bourrelet périphérique
- Œdème des paupières
- EG rapidement dégradé
- Porte d'entrée : furoncle trituré

2- Eczéma aigu du visage :

- Erythème œdémateux
- Prurit+++
- Vésicules ++
- Pas d'ADP



SMF

VII- Diagnostic différentiel

3- Zona ophtalmique :

- Douleur unilatérale lancinante
- Eruption eythemato-vésiculeuse en bouquet
- → érosions
- Signes oculaires +++

4- Cellulite faciale à *Heamophilus influenzae* :

- Placard inflammatoire
- Souvent bleu violacé
- Rechercher : Atteinte ophtalmologique,
  ORL (ethmoidite),méningite
- Diagnostic aisé : hémoculture +



Zona

VIII- Évolutio[redacted]complications

A- Sous TRT :

- Évolution simple
- Apyrexie rapide
- Signes locaux disparaissent en quelques jours

VI Évolutio[redacted] complications

B- [redacted]

1- Fasciite nécrosante

- Diffusion du germe en profondeur → **fascias**
- Urgence medico- chirurgicale
- SG +++, choc septique
- Aspect : placard violacé cartonné
  - Hypoesthésie
  - Phlyctène hémorragiques
  - Nécrose extensive
- Cause : AINS +++, pour un érysipèle

2- Lymphangite :

- Cordon rouge chaud, le long d'un membre
- T°↑
- ADP en aval

VI Évolutio · complications

C- Complications générales :

- Décompensation d'une tare
- Choc septique

D- Complications tardives :

1- Récidives +++

2- **Eléphantiasis : (lymphoedeme)**

- Défaut de prise en charge thérapeutique : non prescription de contention lors de l'épisode aigu

3- GNA :

- Exceptionnelle
- Protéinurie 3 semaines après épisode aigu

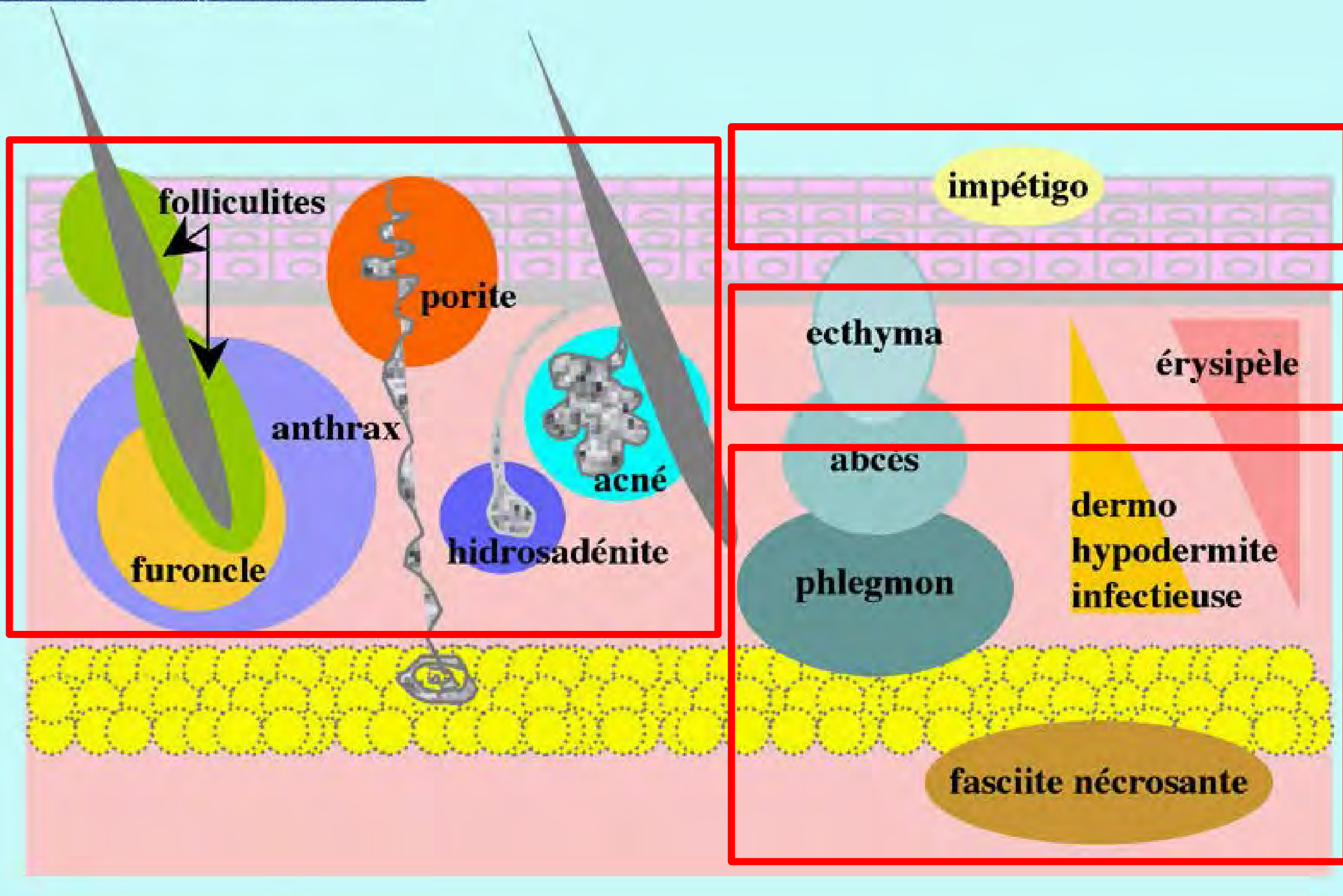
IX- Conclusion :

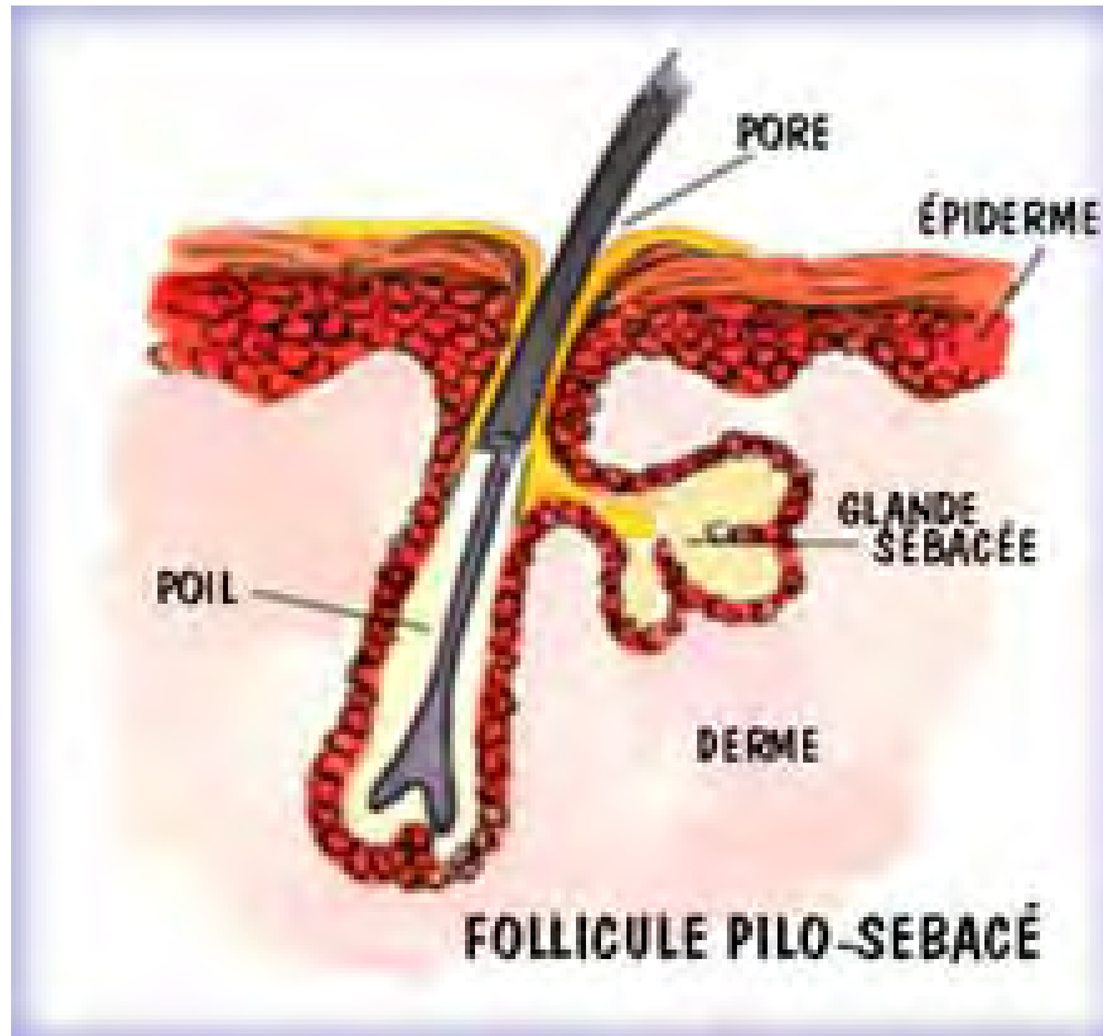
L'érysipèle est une infection cutanée, généralement **bénigne**,

mais qui peut s'avérer **grave par ses complications**,

c'est pour cela qu'elle mérite toute notre attention quant à sa prise en charge .

Classification topographique des infections cutanées




PORE
ÉPIDERME
GLANDE
SÉBACÉE
POIL
DERME
FOLLICULE PILO-SEBACÉ